MINISTÉRIO DA SAÚDE

MANUAL - COMO ORGANIZAR O CUIDADO DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NA APS NO CONTEXTO DA PANDEMIA

BRASÍLIA – DF
2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo
Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

MANUAL - COMO ORGANIZAR O CUIDADO DE **PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NA APS NO CONTEXTO DA PANDEMIA**

BRASÍLIA – DF
2020

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Coordenação-Geral de Prevenção de
Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Edifício Anexo, Ala B, 4º Andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: http://aps.saude.gov.br

Organização:
Coordenação Geral de Prevenção de
Doenças Crônicas e controle do Tabagismo – CGCTAB
Departamento de Promoção da Saúde - DEPROS

Supervisão-Geral:
Olivia Lucena de Medeiros
Juliana Rezende Melo da Silva
Gisele Ane Bortolini

Elaboração de texto:
Elivan Silva Souza
Izabella Barbosa de Brito
Olivia Lucena de Medeiros
Valdenide Pereira dos Santos

Colaboração:
Ana Maria Cavalcante
Ariene Silva do Carmo
Fabiana Vieira Santos Azevedo Cavalcante
Glauciene Analha Leister
Graziela Tavares
Hannah Carolina Tavares Domingos
Paula Fabricio Sandreschi
Sofia Wolker Manta
Stéphany Walk de Araújo Martins
Thais Coutinho de Oliveira
Thais Fonseca Veloso Fonseca de Oliveira

Coordenação editorial:
Júlio César de Carvalho e Silva

Projeto gráfico e diagramação:
Roosevelt Ribeiro Teixeira

SUMÁRIO

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA ATENÇÃO DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NO CONTEXTO DA PANDEMIA

As pessoas com DCNT experimentam um duplo risco quando o acompanhamento adequado de sua condição é interrompido: em caso de infecção pela Covid-19, podem desenvolver complicações características das DCNT e formas graves da doença. Por isso, a retomada do acompanhamento dessa população com regularidade adequada, objetivando sua estabilidade clínica, reduz as chances de desfechos desfavoráveis durante o período de pandemia.

É essa situação que justifica a portaria nº 2.994/GM/MS, de 29 de outubro de 202, que traz em seu artigo 3º as ações para utilização do incentivo financeiro federal, a saber: I - a identificação, o cadastro e a estratificação de risco das pessoas com obesidade por meio das ações de vigilância alimentar e nutricional da população adstrita; II - a identificação, o cadastro e a estratificação de risco das pessoas com diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica por meio das ações de vigilância e diagnóstico oportuno da população adstrita; III- a identificação precoce e a priorização do acompanhamento e do monitoramento de indivíduos com obesidade e/ou diabetes e/ou hipertensão com síndrome gripal ou com suspeita ou confirmação de Covid-19; IV - o fortalecimento da atenção integral, priorizando, no contexto da pandemia, a assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com obesidade e/ou diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica, de acordo com as diretrizes clínicas estabelecidas; V - o fortalecimento da prevenção da transmissão do coronavírus em indivíduos com obesidade e/ou diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica, conforme orientações estabelecidas; e VI - a implementação de ações intersetoriais e de caráter comunitário para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis e o controle das condições de diabetes e hipertensão arterial sistêmica, considerando a situação epidemiológica da Covid-19 em cada território.

Nesse sentido, o conhecimento sobre as pessoas cadastradas e o território pelas equipes de Saúde da Família, e APS como um todo, é muito relevante para a tomada de decisões e manutenção do princípio da longitudinalidade do cuidado[2].

É fundamental que o primeiro passo para a organização do acompanhamento seja a estratificação de risco. A avaliação da condição clínica da pessoa, de sua capacidade de autocuidado e de seu contexto de vulnerabilidade e suporte familiar ajuda a pensar as estratégias que podem trazer melhores

resultados para cada caso. A atenção, neste momento, deve estar voltada aos sintomáticos respiratórios, aos fatores de risco que podem gerar possíveis complicações e ao atingimento de metas terapêuticas, como valor de pressão arterial e glicemia. Desse modo, é possível otimizar o atendimento na própria Unidade Básica de Saúde (UBS) e o encaminhamento para um serviço de maior complexidade, quando necessário.

Feita a estratificação de risco, e conscientes da forma de contágio do novo coronavírus, deve-se considerar o acompanhamento a distância dessas pessoas. Entretanto, na impossibilidade de o acompanhamento a distância ocorrer, o atendimento presencial precisa ser organizado para que seja uma oferta segura, de modo a não interromper o acompanhamento. Há ainda a alternativa de um arranjo intercalado entre o modo a distância e o presencial. Além da estratificação de risco, é importante proceder à busca ativa daquelas pessoas que deixaram de comparecer à UBS ou que não mantiveram contato durante os últimos meses, devido ao contexto enfrentado.

Não interromper o acompanhamento releva a importância da APS no sistema de saúde, afinal, a relevância deste ponto de atenção no cuidado das doenças crônicas já é reconhecida na literatura científica. Os estudos apontam que pessoas acompanhadas na APS apresentam melhores resultados no controle das comorbidades, mudanças alimentares, melhoria da qualidade de vida e do autocuidado, adesão a tratamentos e menos hospitalização por essas condições[3–8].

É sempre bom lembrar que as recomendações devem ser adaptadas a cada contexto. A modalidade de atendimento, presencial ou a distância, deve ser pautada por meio de discussões clínicas entre a equipe de saúde e o gestor e levar em consideração aspectos de organização local da rede, a situação epidemiológica da pandemia e os recursos logísticos e assistenciais disponíveis[9,10].

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Estratificação de risco é o processo pelo qual se utilizam critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada pessoa deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral[11]. A estratificação de risco permite estabelecer um plano de cuidado mais eficaz e seguro para o momento da pandemia[9,10]. Isso porque pode evitar a presença desnecessária de pessoas bem controladas na UBS e alcançar pessoas de risco que se encontram afastadas do tratamento orientado pela equipe.

Algumas ferramentas reconhecidas estão disponíveis para estratificação de risco e podem ser aplicadas em pessoas com DM e HAS, como a proposta elaborada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Esse modelo apresenta critérios de avaliação multifatoriais, no intuito de elaborar uma estratificação de risco individual mais precisa, por isso, é um tipo de ferramenta preferencial, especialmente quando a pessoa passa por um longo período sem avaliação e pode apresentar eventos novos que podem reclassificá-lo, como acontece no contexto de pandemia. O algoritmo que apresenta a propostas das sociedades é demonstrado abaixo:

Fluxograma 1. Estratificação de risco clínico para definição de prioridade no atendimento de pessoas com DCNT.

Avaliação clínica e exames complementares do usuário com diagnóstico de DM e/ou HAS

↓

Presença de doença aterosclerótica significativa(1) — SIM → RISCO MUITO ALTO

↓ NÃO

Calcular o ERG(2) (tabelas 1 e 2)

↓

ERG: H >20% ou M >10%
ou
DM1
ou
DM2, com ER ou DASC(3)
ou
Hipercolesterolemia Familiar(4)
ou
Aterosclerose subclínica ou DRC(5)
— SIM → RISCO ALTO

↓ NÃO

ERG: H 5-20% ou M 5-10%
ou
DM2, sem ER, sem DASC e
H 38-49 anos / M 46-56 anos
ou
LDL ≥190mg/dL (sem os critérios para HF)
e
Ausência de condições agravantes de risco(1)(5)
— SIM → RISCO INTERMEDIÁRIO

↓ NÃO

ERG H e M <5%
e (se DM2)
H <38 anos ou M <46 anos
→ RISCO BAIXO

(1) DOENÇA ATEROSCLERÓTICA SIGNIFICATIVA:
- doença aterosclerótica coronária, cerebrovascular ou vascular periférica, com ou sem eventos clínicos
  ou
- obstrução ≥ 50% em qualquer território arterial

(2) ESCORE DE RISCO GLOBAL (Framingham revisado):
Para cálculo do ERG utilizar:
- Tabelas 1 e 2 com critérios para pontuação e cálculo do risco cardiovascular
  ou
- utilizar a Calculadora de Risco Cardiovascular do Telessaúde RS/UFRGS disponível em aplicativos para celular https://www.ufrgs.br/telessauders/aplicativos/

(3) Para usuários com DIABETES:

ESTRATIFICADORES DE RISCO:
- H>49 anos de idade
- M>56 anos de idade
- Diabetes há mais de 10 anos
- História Familiar de DAC prematura
- Tabagismo
- Hipertensão Arterial
- Sindrome Metabólica
- TFG <60ml/minuto/1,73m²
- Albuminúria >30mg/g
- LDL-c ≥190mg/dL

DOENÇA ATEROSCLERÓTICA SUBCLÍNICA:
- Escore de CAC >10 U Agatston
- Placa na carótida
- Angiotomo com placa
- ITB <0,9

(4) HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR:
- LDL-c 190-309mg/dL + 2 condições de alto risco
  ou
- LDL-c 310-399mg/dL + 1 condição de alto risco
  ou
- LDL-c >400mg/dL, com ou sem condições de alto risco

Condições de alto risco:
- H>49 anos de idade
- Idade >40 anos e sem tratamento
- Sexo masculino
- Hipertensão arterial
- Diabetes *mellitus*
- IMC >30kg/m²
- Lp(a) >50mg/dL (ou >75nmol/L)
- HDL-c <40mg/dL
- Tabagismo
- Doença renal crônica, com TFG <60mL/minuto/1,73m²
- História familiar de DAC prematura em usuários de 1° grau [H <55 anos e M <60 anos]

(5) ATEROSCLEROSE SUBCLÍNICA ou DRC:
- Aterosclerose subclínica documentada por:
  - Ultrassonografia de carótidas com presença de placa
  - ITB <0,9
  - Escore de CAC >100 U Agatston
  - Placas ateroscleróticas na angiotomografia coronária
  - Aneurisma de aorta abdominal
- TFG <60mL/minuto/1,73m², em fase não dialítica

DM: diabetes *mellitus*; HAS: hipertensão arterial sistêmica; ERG: Estrato de Risco Global; DM1: diabetes *mellitus* tipo 1; DM2: diabetes *mellitus* tipo 2; ER: estratificadores de risco; DASC: doença aterosclerótica subclínica; HF: hipercolesterolemia familiar; DRC: doença renal crônica; H: homem; M: mulher; LDL: lipoproteína de baixa densidade; DAC: doença arterial coronariana; TFG: taxa de filtração glomerular; LDL-c: lipoproteína de baixa densidade-colesterol; ITB: índice tornozelo-braquial; IMC: índice de massa corporal; Lp(a): lipoproteína (a); CAC: escore de cálcio coronário.

Fonte: Reproduzido de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2020[69].

Tabela 1. Estrato de Risco Global – Mulheres (1) e Homens (2) (Framingham revisado).

Pontos	Idade (anos)	HDL-c	Colesterol total	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes
-3				<120			
-2		60+					
-1		50-59			<120		
0	30-34	45-49	<160	120-129		Não	Não
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35		140-149	120-129		
3			200-239		130-139	Sim	
4	40-44		240-279	150-159			Sim
5	45-49		280+	160+	140-149		
6					150-159		
7	50-54				160+		
8	55-59						
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75+						

TOTAL PONTOS	ESTIMATIVA RISCO CDV
≤-2	<1,0%
-1	1,0%
0	1,2%
1	1,5%
2	1,7%
3	2,0%
4	2,4%
5	2,8%
6	3,3%
7	3,9%
8	4,5%
9	5,3%
10	6,3%
11	7,3%
12	8,6%
13	10,0%
14	11,7%
15	13,7%
16	15,9%
17	18,5%
18	21,6%
19	24,8%
20	28,5%
21+	>30,0%

Pontos	Idade (anos)	HDL-c	Colesterol total	PAS (não tratada	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes
-2		60+		<120			
-1		50-59					
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	Não	Não
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35	200-239	140-159	120-129		
3			240-279	160+	130-139		Sim
4			280+		140-159	Sim	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						
13							
14	70-74						
15	75+						

TOTAL PONTOS	ESTIMATIVA RISCO CDV
≤-3	<1,0%
-2	1,1%
-1	1,4%
0	1,6%
1	1,9%
2	2,3%
3	2,8%
4	3,3%
5	3,9%
6	4,7%
7	5,6%
8	6,7%
9	7,9%
10	9,4%
11	11,2%
12	13,2%
13	15,6%
14	18,4%
15	21,6%
16	25,3%
17	29,4%
18+	>30,0%

HDL-c: lipoproteínas de alta densidade-colesterol; PAS: pressão arterial sistólica; CDV: cardiovascular.
Fonte: Fonte: Reproduzido de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2020[69].

Entretanto, esses instrumentos exigem parâmetros laboratoriais que podem não estar facilmente acessíveis no momento. Há alternativas para essa situação. Cada local precisa avaliar suas possibilidades de estratificar de uma forma ou de outra, tendo em mente o principal: o mais importante é estratificar o risco. Aqui será proposta uma avaliação baseada em perguntas, que poderá inclusive ser utilizada nos atendimentos virtuais.

Quadro 1. Estratificação de risco clínico para definição de prioridade no atendimento de pessoas com DCNT.

BAIXO RISCO E MÉDIO RISCO	ALTO E MUITO ALTO RISCO
Tabagismo	Acidente vascular cerebral prévio
Hipertensão (Com níveis pressóricos controlados e em tratamento)	Infarto agudo do miocárdio prévio
Obesidade • IMC > 30 kg/m² • CA ≥ 102 cm nos homens ou ≥88 cm nas mulheres	Insuficiência cardíaca congestiva (diagnóstico médico anterior ou sintomas de inchaço das pernas, desconforto respiratório ao deitar, falta de ar que desperta o paciente)
	Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores (diagnóstico médico anterior ou claudicação intermitente)
	Doença aterosclerótica significativa (doença aterosclerótica coronária, cerebrovascular ou vascular periférica, com ou sem eventos clínicos ou diagnóstico médico anterior de obstrução ≥ 50% em qualquer território arterial)
	Lesão periférica (LOA - lesão de órgão-alvo) (Diagnóstico médico anterior ou presença de sinais que indicam lesão de órgão-alvo: alterações visuais, dor precordial, dispneia, paresia, parestesias e edema e lesões de membros inferiores)
Sedentarismo	Ataque isquêmico transitório (Diagnóstico médico anterior ou presença de sinais e sintomas: perda da fala, problemas para enxergar, dormência em um dos lados do corpo, entre outros. Os sinais e sintomas somem, geralmente, em 24 horas)
Diagnostico de HIV positivo	Obesidade • IMC>40 kg/m²

continua

conclusão

BAIXO RISCO E MÉDIO RISCO	ALTO E MUITO ALTO RISCO
Sexo masculino	Hipertrofia de ventrículo esquerdo
Idade > 55 anos para homens e > 65 anos para mulheres	Doença renal crônica estágio 4 (Diagnóstico médico anterior ou realização de hemodiálise)
História familiar de doenças crônicas	Retinopatia
Evento cardiovascular prévio em homens com idade inferior a 55 anos e mulheres com idade inferior a 65 anos	Aneurisma de aorta abdominal
	Estenose de carótida sintomática
	Diabetes mellitus (Com sinais de agravamento ou indicativos de níveis elevados de glicemia - hiperglicemia)

Fonte: BRASIL, 2013 (adaptado)12, SBC, 2016[71].

Além das características clínicas, é importante verificar vulnerabilidades. Por isso, sugere-se abordar perguntas relativas à habilidade com uso de tecnologia, como saber fazer chamada ou videochamada pelo telefone celular *smartphone*, usar computador, *notebook* ou *tablet*, se usa aplicativos de mensagens no dia a dia (*WhatsApp*), se tem restrição relacionada a mobilidade, seja física ou econômica, dificuldades físicas e econômicas para alimentar-se, alguma dependência química (lícita ou ilícita), se mora sozinho, com familiares ou cuidadores, se possui clareza e habilidade para lidar com a condição de saúde e apoio para garantir o autocuidado.

Salienta-se a necessidade de avaliar cada caso e a associação dos fatores de risco do quadro 1 com a vulnerabilidade social identificada. Assim, a caracterização de risco pode ser:

1. Risco baixo - Se apresentar apenas até 2 fatores de baixo/médio risco sem sinais de agudização.
2. Risco médio - Se apresentar 3 ou mais fatores de baixo/médio risco ou sinais de agudização.
3. Risco alto - Se apresentar ao menos um fator de risco alto.
4. Risco muito alto - Se apresentar doença aterosclerótica significativa.

Os quadros a seguir apresentam os valores de pressão arterial (PA) e glicemia para diagnóstico da HAS e DM, respectivamente. Também é apresentado um quadro para avaliação do estado nutricional com estratificação de risco baseada no índice de massa corporal (IMC).

Quadro 2. Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 - 139	81 – 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Quando a PAS e a PAD se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.		

Fonte: SBC, 2016[5]

Quadro 03. Parâmetros para avaliação de risco e metas terapêuticas para HAS

CATEGORIA	META RECOMENDADA
Hipertensos estágios 1 e 2, com risco baixo e moderado* e HA estágio 3	< 140/90 mmHg
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco alto*	< 130/80 mmHg**

* Para a estratificação do risco, pode-se utilizar o quadro 1 (pág. 9).

** Para pessoas com doenças coronarianas, a PA não deve ficar < 120/70 mmHg, particularmente com a diastólica abaixo de 60 mmHg pelo risco de hipoperfusão coronariana, lesão miocárdica e eventos cardiovasculares.

Fonte: SBC, 2016 (adaptado)[5]

Quadro 04. Parâmetros para avaliação de risco e metas terapêuticas para DM

EXAME	META RECOMENDADA
Hemoglobina glicada-A1C (%)	< 5,7
Glicemia de jejum (mg/dL)	< 100
Glicemia 2 horas após TOTG* com 75 g de glicose (mg/dL)	< 140

*Teste oral de tolerância à glicose (TOTG).

Fonte: SBD, 2019[13]

Quadro 05. Classificação do estado nutricional de pessoas acima de 20 anos e risco de comorbidades, segundo IMC

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg/m2)	Risco de comorbidades
Abaixo do peso	<18,50	Baixo
Adequado/ eutrófico	18,50 – 24,99	Baixo
Sobrepeso	25,00 – 29,99	Médio
Obesidade grau I	30,00 – 34,99	Médio
Obesidade grau II	35,00 – 39,99	Alto
Obesidade grau III	≥ 40,00	
Alto		

Fonte: OMS, 2000[14] (adaptado); Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal.

Os valores apresentados acima servem para avaliar o risco e também como referência de meta terapêutica. É muito importante manter o acompanhamento regular com vistas a atingir a estabilidade clínica das pessoas.

Pessoas de alto e muito alto risco devem ter acompanhamento compartilhado entre as equipes da APS e AAE. As equipes de APS devem definir uma lista com base no risco, identificando aqueles que precisam ou estão em acompanhamento compartilhado com a Atenção Especializada, bem como a modalidade de atendimento e sua frequência, para auxiliar na qualificação do cuidado prestado.

FREQUÊNCIA DOS ATENDIMENTOS DE ACORDO COM O RISCO

A partir da estratificação de risco, é possível conhecer quem e quantos são os casos de baixo, médio e alto risco. Cada grau de risco tem necessidades diferentes, especialmente de frequência de atendimentos, com isso, ao estratificar, organizam-se melhor a oferta das ações da equipe e o fluxo da pessoa na rede de atenção[15].

É preciso lembrar que muitas pessoas podem ter piorado a adesão terapêutica em função da redução do contato com o profissional de saúde. E o contato regular, mesmo com uso de tecnologias a distância, faz diferença para a adesão terapêutica[16].

O quadro abaixo apresenta recomendações acerca das condutas de periodicidade do acompanhamento a serem adotadas pelos profissionais de saúde.

Quadro 06. Frequência de acompanhamento segundo estratificação de risco*

RISCO	FREQUÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO
Baixo risco	Realizar duas consultas anuais com profissional de nível superior, sendo uma de médico e uma de enfermeiro, de modo intercalado. Assim, as consultas serão semestrais.
	Recomenda-se contato de monitoramento mensal, que pode ser realizado por equipe multiprofissional, profissional de nível médio ou ACS.
Médio risco	Para HAS e DM (pessoas em uso de antidiabéticos orais ou até 02 aplicações de insulina ao dia sem lesão de órgão-alvo), realizar quatro consultas anuais com profissional de nível superior, sendo duas de médico e duas de enfermeiro, de modo intercalado. Assim, as consultas serão trimestrais.
	Recomenda-se contato de monitoramento quinzenal, que pode ser realizado por equipe multiprofissional, profissional de nível médio ou ACS.
Alto e muito alto risco	Para HAS e DM (pessoas em uso de múltiplas aplicações de insulina e/ou com lesão de órgão-alvo), realizar seis consultas anuais com profissional de nível superior, sendo três de médico e três de enfermeiro, de modo intercalado. Assim, as consultas serão bimestrais.
	Recomenda-se contato de monitoramento semanal, que pode ser realizado por equipe multiprofissional, profissional de nível médio ou ACS.

*Para a estratificação do risco, pode-se utilizar o quadro 1 (pág. 9).

Fonte: BRASIL, 2013; 2014[8,15] (adaptado)

O seguimento e periodicidade de acompanhamento podem ser adaptados para qualificar a atenção ofertada ao identificar questões clínicas, a rede social da pessoa, suas fragilidades e singularidades quanto ao tratamento[17].

Os contatos de monitoramento devem incluir perguntas sobre adesão terapêutica para o controle de doença crônicas, orientações sobre uso correto da medicação, alimentação saudável, atividade física, uso de tabaco e álcool. Além de abordar a presença de sintomas gripais e a adoção de medidas de proteção relacionada à Covid-19.

DEFINIÇÃO DA MODALIDADE DE ATENDIMENTO DE ACORDO COM O RISCO

Sobre o modo de atender, a equipe pode incluir atendimentos na unidade de saúde, domiciliares ou peridomiciliares (no caso dos ACS) e a distância. Sabendo que o modo a distância é uma novidade para muitos, algumas pessoas poderão ser orientadas e se adaptarão ao uso de tecnologias e outras não. Por isso, é bom lembrar que a ligação telefônica pode ser uma alternativa mais viável para as pessoas que manifestam mais dificuldades com tecnologias e uso de aplicativos.

O quadro abaixo apresenta recomendações para definição da modalidade de atendimento da pessoa com doença crônica, durante o momento de pandemia, considerando a estratificação de risco individual.

Quadro 07. Modalidade de atendimento segundo estratificação de risco*

RISCO CLÍNICO	MODALIDADE DE ACOMPANHAMENTO
Baixo e médio risco	• Preferencialmente, consulta a distância por telefone ou plataforma *web*: médico, enfermeiro e equipe multidisciplinar; • Monitoramento por telefone ou WhatsApp: médico, enfermeiro e equipe multidisciplinar: - Verificar alterações da glicemia capilar e níveis pressóricos, história clínica, relatos de não normalidade. - Agenda de consulta presencial no caso de relato fora da normalidade.
Alto e muito alto risco	• Equipe de saúde avalia a possibilidade de visita domiciliar de médico ou enfermeiro ou realiza consulta presencial com hora marcada. • Monitoramento por telefone ou WhatsApp: médico, enfermeiro e equipe multidisciplinar. - Há a possibilidade também de alternar entre atendimento presencial e a distância, conforme avaliação do profissional. • Teleinterconsulta com a equipe AAE para discussão de casos e atualização de plano de cuidados de usuários de alto e muito alto risco, principalmente aqueles que serão monitorados diretamente na APS (presencialmente ou a distância)

*Para a estratificação do risco, pode-se utilizar o quadro 1 (pág. 9).
Fonte: Conasems e Conass, 202018; BRASIL, 202019.

ORGANIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS

A) **Organização do atendimento a distância**

O uso de tecnologias oferece maior segurança para as pessoas e para os profissionais de saúde que atuam na linha de frente e apresentam fator de risco, já que existe a recomendação de readequação das atividades a fim de evitar a infecção desse grupo populacional[20]. Além disso, possibilita a continuidade do cuidado de pessoas com condições crônicas e a identificação precoce de sinais e sintomas clínicos de agudização, além de evitar interrupções no tratamento.

As consultas a distância podem ser feitas por telefone, aplicativos de mensagens e plataformas virtuais de webconsultas, levando em consideração a estrutura ofertada pela gestão local e os canais com que as pessoas têm maior afinidade. Além das consultas individuais, alguns relatos apontam também uso de atividades coletivas a distância.

Vale lembrar que os telesserviços compreendem: a teleorientação, orientação e o encaminhamento de pessoas em distanciamento social ou isolamento; o telemonitoramento: supervisão e orientação a distância; a teleinterconsulta, que permite a troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, e o teleatendimento, efetuado diretamente entre profissional de saúde e pessoa. Os conselhos federais de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, medicina, nutrição e psicologia autorizam[I] o exercício profissional na modalidade de telesserviços durante o enfrentamento da pandemia de coronavírus.

Nesse contexto, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), em parceria com o Hospital Albert Einstein, disponibiliza o Consultório Virtual de Saúde da Família, ferramenta on-line para que os profissionais de saúde da Atenção Primária realizem consulta a distância, tendo a garantia da assinatura digital com certificação ICP-Brasil para receitas e atestados, como dispõe a portaria de telemedicina durante a Covid-19.

[I] Resoluções: COFEN Nº634/202021; COFFITO Nº516/202022; CFF Nº427/201323; CFM Nº2227/201824; CFN Nº646/202025; CFP Nº011/201226.

É muito importante que também seja garantida a qualidade da consulta no ambiente virtual, assim como o seu correto registro. Por isso, foi disponibilizado o guia *Como registrar no e-SUS APS quando for realizada uma teleconsulta*, disponível no link: https://bit.ly/2M8e3SQ.

B) **Cuidados no atendimento presencial**

Certos casos requerem acompanhamento presencial, seja pela dificuldade de manejo do caso ou pela necessidade de realização de exames físicos e afins, que necessitam da presença da pessoa na unidade de saúde[10,19].

A unidade de saúde deve ser um ambiente seguro para o acompanhamento daqueles que necessitarem do atendimento presencial. Isso significa garantir espaços de acolhimento e espera que evitem aglomerações e contato entre pessoas. Para que isso ocorra, os trabalhadores precisam estar informados, treinados, conscientizados e mobilizados para ações de proteção necessárias. Muitas vezes, a forma de agendamento precisará ser revista para garantir que não existam aglomerações na unidade.

Além disso, faz-se necessário atendimento em local específico para pessoas sem sintomas respiratórios, de modo que o fluxo na unidade seja separado daqueles que apresentam tais sintomas antes ou imediatamente após a chegada ao estabelecimento de saúde. Outro aspecto importante é o provimento de equipamentos de proteção individual (EPI) e de condições para adequada higienização das mãos dos profissionais de saúde para utilização durante o atendimento, de acordo com as atividades, procedimentos e ambientes de cuidado[10,19]. O uso de máscaras em serviços de saúde deve ser uma exigência para todos os trabalhadores da saúde e por qualquer pessoa dentro de unidades de saúde, independentemente das atividades realizadas. O documento *Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde* traz medidas para evitar contágio na unidade e pode ser acessado aqui:
https://bit.ly/3lQDQiG.

O atendimento com hora marcada, que sempre foi uma importante medida para qualificação do acesso, agora torna-se uma necessidade para a segurança de todos na unidade de saúde.

C) **Cuidados no atendimento domiciliar**

Os atendimentos domiciliares são uma importante ferramenta neste momento, especialmente para as pessoas para as quais o distanciamento social é mais recomendado. Por isso, pessoas com risco alto devem ser avaliados preferencialmente a distância, e, havendo a necessidade de atendimento presencial, a visita domiciliar deve ser priorizada[18].

No entanto, são necessárias medidas de proteção, especialmente quando houver procedimentos de contato, como a aferição de PA e glicemia capilar para monitoramento da pessoa.

Medidas de biossegurança durante o atendimento peridomiciliar ao usuário[27]

- Usar máscara cirúrgica durante o atendimento
- Evitar tocar olhos, nariz e boca.
- Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou álcool em gel 70%, seguindo os 5 momentos: (a) antes do contato com a pessoa, (b) antes da realização de procedimento; (c) após risco de exposição a fluidos biológicos; (d) após contato com a pessoa; e (e) após contato com objetos tocados pela pessoa.
- Usar luvas de procedimento em situações que exigirem contato, restringindo o uso de luvas estéreis somente para situações que exigirem técnica asséptica;
- Realizar limpeza e desinfecção com álcool 70% dos equipamentos (estetoscópio, termômetro, glicosímetro etc.) e superfícies (mesa, cadeira etc.);
- Após atendimento, seguir técnica asséptica, desprezando os materiais descartáveis em saco de lixo infectante.

Nota: Usar máscara N95/PFF2, capote ou avental, óculos de proteção ou protetor de face (*face shield)* e gorro durante os procedimentos com riscos de exposição do profissional a respingos de sangue, secreções corporais, excreções etc.

ACESSO A MEDICAMENTOS

A garantia de acesso a medicamentos neste momento é primordial para o seguimento seguro e eficaz das pessoas com DCNT. A adesão à terapia medicamentosa está intimamente ligada ao controle de medidas pressóricas e glicêmicas e, consequentemente, relacionadas com a melhora de qualidade de vida e diminuição de complicações[8].

Assim, recomenda-se a adoção das seguintes medidas no processo de assistência farmacêutica frente ao enfrentamento da Covid-19[18,28]:

- Garantir medicamentos para as condições crônicas, com prorrogação do prazo de receitas, ampliação do prazo de validade de novas receitas, entrega de maior volume de unidades de medicamento, segundo orientações da Nota Informativa Nº 1/2020-SCTIE/GAB/SCTIE/MS[29];
- Garantir medicamentos para o manejo dos sintomas gripais conforme orientação do MS;
- Ajustar os estoques desses medicamentos conforme o perfil epidemiológico da comunidade atendida e as alterações da demanda farmacoterapêutica;
- Rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação a demanda;
- Educar a equipe e estabelecer processos de trabalho que propiciem proteção ambiental e ocupacional visando à minimização do risco de contaminação de pessoas na farmácia;
- Informar e educar a comunidade, a equipe de trabalho e o gestor do serviço com informações oficiais e baseadas em evidências científicas;
- Dispensar os medicamentos de uso contínuo, preferencialmente no domicílio da pessoa ou a familiar/cuidador/responsável que não possua fator de risco, prevenindo contato.

AUTOMONITORAMENTO

O profissional de saúde deve prover orientações para que a pessoa possa desempenhar as atividades de automonitoramento de maneira adequada. Além disso, essas aferições devem fazer parte do exame físico de rotina e sere registrados no prontuário.

Para pessoas com HAS que tiverem aparelhos automáticos ou manuais devidamente calibrados, a medição da PA deve ser a mais fidedigna possível, para isso, o local de realização das medidas deve ser calmo e confortável. Antes de iniciar o procedimento, é necessário se certificar que a bexiga não está cheia, não ter praticado exercícios físicos nos últimos 60 minutos, não ter ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não ter fumado nos últimos 30 minutos[5].

Deve-se aconselhar a pessoa a medir a PA sentado (com exceção de casos de hipotensão ortostática) em local com encosto para as costas, pés descruzados e apoiados no chão, braço na altura do coração e apoiado com a

palma da mão para cima. As roupas utilizadas não podem apertar o braço. O automonitoramento da PA pode ser realizado por meio de diários de registro, com a data e hora da medição[5].

Para pessoas com DM em uso de insulina, a automonitoramento da glicemia (AMG) demonstra benefício sobre as complicações, permite que avaliem sua resposta individual ao tratamento e se os alvos glicêmicos estão sendo alcançados. Isso auxilia profissionais da saúde na conduta nutricional e de atividade física, previne hipoglicemia e facilita o ajuste de medicamentos. Quanto à frequência e horários do AMG, deve ser definida conforme as necessidades e os objetivos específicos das pessoas com DM[30].

Para pessoas com obesidade, o automonitoramento do peso e do consumo alimentar pode auxiliar na redução do peso e no fortalecimento da autonomia das pessoas para escolhas e práticas alimentares mais saudáveis. Desse modo, recomenda-se verificar o peso uma vez por semana, caso tenham uma balança disponível e se assim desejarem. Para o monitoramento do consumo alimentar, recomenda-se a utilização de testes como o "Como está a sua Alimentação? (https://bit.ly/37qz2Mo), que permite identificar práticas não saudáveis e conhecer as orientações para uma alimentação saudável, com base no *Guia Alimentar para a População Brasileira*.

A mensagem de texto por celular (*short message service, SMS*) pode ser adotada como estratégia para melhorar a prática do autocuidado em pessoas com DCNT, gerando maior adesão ao tratamento medicamentoso, redução dos níveis de hemoglobina glicada (HbA1C) e PA, níveis lipídicos plasmáticos, melhora dos hábitos alimentares e aumento das práticas de atividade física[30].

Atualmente há aplicativos gratuitos desenvolvidos em parceria com o Ministério da Saúde que podem auxiliar o autocuidado, como é o caso do Armazém da Saúde, aplicativo com enfoque na promoção da alimentação saudável e prevenção do câncer que está disponível na AppStore e no Google Play[31].

Orientações sobre alimentação adequada e saudável, atividade física e temas relacionados à importância do peso saudável e ao controle do tabagismo estão disponíveis na plataforma Saúde Brasil, disponível no endereço eletrônico saudebrasil.saude.gov.br. Essa plataforma também disponibiliza o envio das orientações para telefone celular cadastrado, facilitando o acesso da população

ao conteúdo disponível. Utilizando as tecnologias citadas, os profissionais da APS podem realizar ações educativas para promover adaptação da rotina familiar para manutenção de comportamentos alimentares saudáveis, principalmente voltados para pessoas com diabetes e hipertensão.

AUTOCUIDADO

As pessoas com condições crônicas e seus familiares convivem com seus problemas diariamente por longo tempo ou toda a vida. No intervalo entre um atendimento e outro, que configura a maior parte do tempo, na realidade, essas pessoas tomam suas decisões sozinhas, por isso, é fundamental que estejam muito bem informadas sobre suas condições, motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com o seu plano terapêutico. Precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso. (Caderno de Atenção Básica nº 35). No contexto de pandemia, em que a autonomia das pessoas se faz ainda mais importante, o apoio ao autocuidado, presencial ou por tecnologias a distância, é essencial.

A) **Orientações sobre alimentação**

A base da alimentação das pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade deve seguir as recomendações do *Guia Alimentar para População Brasileira*. Para conhecer as recomendações, clique em: https://bit.ly/3gwKI2b. Também se recomenda basear-se no documento *Alimentação Cardioprotetora*: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica, disponível em: https://bit.ly/3de8nCE.

Além do mais, o documento *Recomendações de alimentação e Covid-19*[65] traz orientações sobre alimentação adequada e saudável, baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados, considerando o atual contexto da pandemia. Nesse material são apresentadas recomendações para o planejamento de compras, armazenamento e preparo das refeições, orientações para aumentar a durabilidade dos alimentos, além de reforçar os cuidados com a higiene. Disponível em: https://bit.ly/35cz09A.

Orientações nutricionais gerais para indivíduos com diabetes, hipertensão e obesidade:

- No almoço e jantar, prefira consumir a combinação brasileira: arroz e feijão.
- Aumente o consumo de verduras e legumes no almoço e no jantar.
- Consuma frutas nos lanches entre o almoço e o jantar.
- Reduza o consumo de carne vermelha.
- Reduza e evite o consumo de alimentos ultraprocessados.
- Reduza o consumo de sal
- Beba água e evite bebidas adoçadas e sucos
- Mantenho peso saudável

Orientações nutricionais específicas para indivíduos com diabetes:

- Prefira o consumo de fruta *in natura* em vez de sucos de frutas, mesmo os naturais.

- Sacarose e alimentos contendo sacarose (exemplos: açúcar, mel, açúcar mascavo, garapa, melado, rapadura e doces caseiros) não são proibidos para indivíduos com diabetes, portanto, podem ser consumidos como parte de uma alimentação saudável. Entretanto, o consumo desses ingredientes/alimentos deve ser restrito (em pequenas quantidades), correspondendo no máximo até uma porção por dia (1 colher de sopa).
- Evite o consumo de bebidas com adição de açúcares, tais como os refrigerantes, as bebidas alcoólicas adoçadas com açúcar, as de frutas, as vitaminas, as energéticas e as esportivas.

- Adoçantes não são essenciais, prefira alimentos naturais ou minimamente processados para valorizar o sabor natural dos alimentos. Se consumidos, precisam ser consumidos em pequenas quantidades.

- Atenção quanto aos rótulos dos alimentos! O açúcar pode estar presente em alguns produtos com outros nomes, como sacarose, frutose, maltodextrina, xarope de milho, xarope de malte e açúcar invertido.

Orientações nutricionais específicas para indivíduos com hipertensão:

- Aumente o consumo de frutas, verduras, legumes, produtos lácteos com baixo teor de gordura, cereais integrais, peixes, aves e oleaginosas (castanhas, amendoim, nozes).
- Reduzir a adição de sal nas preparações e alimentos prontos.
- O consumo de sódio recomendado no dia é de até 2 gramas, o que corresponde à 3 colheres de café rasas (= 3 gramas) de sal de cozinha que pode ser utilizado nas preparações do almoço e jantar (totalizando 1,2 gramas de sódio), mais 0,8 gramas de sódio natural presente nos próprios alimentos.
- Frutas como banana, melão, laranja, abacate e frutas secas contribuem para maior ingestão de potássio, que podem auxiliar no controle da pressão arterial.

Orientações nutricionais específicas para indivíduos com obesidade[72]:

- Reduzir a ingestão de energia, com restrição de 500 a 1.000 kcal/dia do gasto energético estimado;
- Aumentar consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados;
- Reduzir no consumo de alimentos processados;
- Evitar consumo de alimentos ultraprocessados;
- Reduzir consumo de sal e açúcar;
- Substituir bebidas com adição de açúcar por água;
- Dar preferência a preparações culinárias;
- Utilizar pequenas quantidades de óleo, gorduras, sal e açúcar no preparo ou tempero dos alimentos;
- Realizar ao menos 3 refeições ao dia.

B) **Orientações sobre atividade física**[32]

Inicialmente, é necessário que haja avaliação para verificar se a pessoa está apta para a realização de atividade física, garantindo que não haja um caso de descompensação, por exemplo. Depois, o profissional deve verificar se a pessoa já praticava atividade física antes do período de pandemia.

Se não realizava, oriente atividades de simples execução, que já são habituais e de intensidade leve. Essas atividades já trazem proteção à saúde de quem tinha baixos níveis de atividade física. Aconselhe, por exemplo, a:

- Fazer caminhadas;
- Usar as escadas em vez de elevadores;
- Não ficar sentado mais de 30 minutos ininterruptos, é importante fazer algumas pausas no comportamento sedentário;
- Dançar.

Se a pessoa já realizava atividade física, oriente que mantenha seus níveis de atividade física, na medida do possível. Aconselhe uma combinação de exercícios:

- Aeróbios, como subir e descer escadas em velocidade, simular corrida sem sair do lugar, pular corda e fazer polichinelos;
- Resistidos, como abdominais, agachamentos e flexões utilizando o seu próprio peso corporal.

É importante que seja enfatizado que as pessoas não façam exercícios aos quais não estejam acostumadas e que escolham aqueles que já faziam parte da sua rotina e possam ser adaptados para realização no atual contexto, evitando lesões.

O exercício resistido pode aumentar a glicemia durante a sua execução, reduzindo o risco de hipoglicemia, tanto agudamente quanto pós-exercício, em comparação ao exercício aeróbio. É recomendado começar pelo exercício resistido para depois seguir com o treino aeróbio para minimizar o risco de hipoglicemia em pessoas que fazem uso de insulina. No quadro a seguir, sugere-se um modelo de prescrição de exercícios para pessoas com DM[13].

Quadro 08. Modelo de orientação de atividade física para pessoas com diabetes *mellitus*.

MODELO DE ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA FRENTE À PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS PARA PESSOAS COM DIABETES QUE JÁ PRATICAVAM ATIVIDADE FÍSICA

1. Inicie com um exercício aeróbico*: ideal ____ minutos, ____ vezes por semana (alvo ideal 150 minutos por semana, mas você pode iniciar com ____ a ____ minutos por dia e aumentar progressivamente 5 minutos a cada semana);
2. Inicie um exercício de resistência** 2 vezes por semana
3. Continue com o exercício aeróbico* 5 dias por semana por no mínimo 30 minutos por sessão;
4. Continue com o exercício de resistência** 3 ou mais vezes por semana.

* Exercício aeróbico é um exercício contínuo ou intermitente que acelera sua frequência cardíaca e sua respiração, como a caminhada, o ciclismo, a natação e a corrida.

** Exercício de resistência envolve exercícios de repetição rápida com pesos livres (ou garrafas pets com água ou areia), aparelhos de musculação, elásticos ou seu próprio corpo. Devem ser trabalhados os grandes grupos musculares (peitoral, costas e pernas).

Fonte: SBD, 2019 (adaptado)[13].

MODELO DE ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA FRENTE À PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS PARA PESSOAS COM DIABETES QUE NÃO PRATICAVAM ATIVIDADE FÍSICA

1. Aumente o nível de atividade física no seu dia a dia por meio de caminhadas, troca de elevadores por escadas, danças. Ideal ____ minutos, ____ vezes por semana (alvo ideal 150 minutos por semana, mas você pode iniciar com ____ a ____ minutos por dia e aumentar progressivamente 5 minutos a cada semana)
2. Reduza seu comportamento sedentário, não fique sentado mais de 30 minutos ininterruptos e limite o tempo de TV/computador a não mais que 2 horas por dia.

Fonte: SBD, 2019 (adaptado)[13].

As pessoas com diabetes mellitus devem estar atentas ao uso de calçados confortáveis e ao monitoramento das condições de saúde dos pés para evitar lesões em decorrência dos exercícios físicos. Ademais, é importante aconselhar a hidratação antes, durante e após os exercícios, além de ajustar a alimentação e os medicamentos com a rotina da atividade física.

Para as unidades de saúde que contam com profissionais habilitados, algumas práticas integrativas e complementares podem auxiliar no controle de algumas condições. As práticas *tai chi chuan* e *qi gong* podem contribuir para a redução da pressão arterial, sendo necessária a prática frequente para a manutenção dos efeitos[33,34].

Além disso, a yoga está associada a melhorias significativas no resultado glicêmico, perfil lipídico e de pressão arterial, e a meditação pode reduzir a pressão arterial, atuando como adjuvante ao tratamento[35].

C) **Orientações de saúde mental**

Antes da pandemia da Covid-19, as evidências já retratavam a relação das doenças crônicas e depressão. Pessoas com doenças crônicas apresentam risco duas vezes maior de desenvolver transtorno depressivo. Diversos estudos apontam a relação desfavorável entre condições crônicas e desfechos em saúde mental[36–42].

Sentimentos de solidão, medo da morte, sensação de desesperança, perdas de familiares, menor contato dos filhos e netos com os mais velhos vêm gerando emoções negativas no período de enfrentamento da pandemia da Covid-19. Pessoas com doenças crônicas necessitam de cuidado relativo à saúde mental centrado na escuta do sofrimento psicológico e em informações adequadas sobre a condição de saúde, e medidas corretas de proteção. Entre as principais estratégias para melhora da saúde mental[43] estão:

- Reconhecer e acolher seus receios e medos, procurando pessoas de confiança para conversar;
- Investir em exercícios e ações que auxiliem na redução do nível de estresse agudo (meditação, leitura, exercícios de respiração, entre outros);
- Reenquadrar os planos e estratégias de vida, de forma a seguir elaborando planos de forma adaptada às condições associadas a pandemia;

- Manter ativa a rede socioafetiva, estabelecendo contato, mesmo que a distância, com familiares, amigos e colegas;
- Evitar o uso do tabaco, álcool ou outras drogas para lidar com as emoções;
- Reduzir o tempo que passa assistindo ou ouvindo coberturas midiáticas;
- Compartilhar as ações e estratégias de cuidado e solidariedade, a fim de aumentar a sensação de pertencimento e conforto social.

PESSOAS COM DCNT E SINTOMAS GRIPAIS

Os casos de síndromes gripais sem complicações ou sem condições clínicas de risco deverão ser conduzidos pela APS/ESF, e os profissionais acompanharão as pessoas com diagnóstico de Covid-19 ao longo do curso da doença.

O manejo clínico de pessoas crônicas com suspeita de infecção respiratória, caracterizada como síndrome gripal, causada ou não por Covid-19, segue as Orientações para manejo de pessoas com Covid-19. Disponível em: https://bit.ly/35Rt0n9.

Ações importantes para pessoas com DCNT na pandemia[18,19]:

- Manter atendimento à demanda espontânea nas USF;
- Orientar e sensibilizar a comunidade para buscar atendimento quando houver sintomas;
- Orientar uso de máscara, lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool 70% em gel;
- Acompanhar e manejar precocemente as pessoas de risco, após alta das unidades de média e alta complexidade;
- Dispensar no domicílio as fitas de aferição de glicemia capilar e orientar para o automonitoramento ou por um familiar/cuidador responsável por essa atividade;
- Dispensar os medicamentos de uso contínuo, preferencialmente no domicílio da pessoa, priorizando o risco individual

PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE

Além de ser uma condição de alta prevalência no país, a obesidade é fator de risco para DCNT[47,48] e tem sido relacionada como condição de risco para complicações e morte por Covid-19[49–54]. Ainda, no Brasil, de 2006 a 2019, a prevalência de excesso de peso em adultos aumentou de 42.6% para 55.4% e a de obesidade cresceu de 11.8% para 20.3%. Destaca-se que, entre as pessoas com hipertensão, 33,2% têm obesidade e 70,3% têm excesso de peso. Entre aquelas com diabetes, 71,6% têm excesso de peso e 35,7% têm obesidade. Entre pessoas com hipertensão e diabetes, 73,8% têm excesso de peso e 40,8% têm obesidade.

Apesar desse cenário, ainda permanecem os desafios para o reconhecimento e o adequado tratamento das pessoas com excesso de peso nos serviços de saúde, pois dados apontaram que, dos mais de 105 milhões de atendimentos realizados - e passíveis de identificação pelo sistema de informação vigente na APS, 26,4% correspondiam à hipertensão arterial como condição avaliada, 10,5% à diabetes e apenas 2,8% à obesidade, entre 2018 e 2019.

Para o cuidado de indivíduos com obesidade, sugere-se a frequência de acompanhamento descrito no quadro 6. Contudo, mediante estratificação de risco e considerando que indivíduos com obesidade apresentam importante risco para maior agravamento da Covid-19, maior prevalência de internações e maior chance de piores desfechos e letalidade, recomenda-se intensificar o monitoramento para indivíduos com alto risco, com a realização de consultas individuais mensais, intercaladas entre médico/a e/ou enfermeiro/a, especialmente se houver quadro de comorbidades associadas. Destaca-se que indivíduos com IMC>35 kg/m2 com comorbidades descompensadas devem ser acompanhados na Atenção Especializada, sendo o cuidado coordenado pela Atenção Primária à Saúde, conforme preconizado nas diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas[67].

Se possível, e de acordo com disponibilidade local, recomenda-se ainda acompanhamento multiprofissional com nutricionista, educador/a físico e psicólogo/a no intuito de alcançar maior efetividade no tratamento, adoção de comportamentos saudáveis, melhoria das condições de saúde e controle de comorbidades associadas.

Sobretudo, é importante adotar abordagens que não culpabilizem o indivíduo, pois o processo da condição de obesidade é multicausal, e a prevenção e o seu tratamento requerem medidas articuladas entre os diversos setores da sociedade. Mesmo assim, o aconselhamento sobre perda de peso realizado por profissionais da APS é importante e tem um impacto significativo na tentativa de modificação de comportamentos relacionados ao peso[55,56]. Inclusive o uso de materiais educativos e discussões breves de manejo de peso em acompanhamentos frequentes podem ajudar a reduzir 5% do peso inicial, o que é um resultado importante[57].

Assim, de acordo com as modalidades de atendimento previstas (pág. 14), recomenda-se que a pessoa com obesidade receba orientações sobre alimentação adequada e saudável[58,59] e sobre atividade física descritas ao longo deste documento.

Ressalta-se também que as intervenções sobre obesidade devem ser breves e objetivas60 e, conforme possibilidade, realizadas por diversos profissionais, pois as habilidades necessárias para a atenção integral à saúde é potencializada pela atuação em equipes multiprofissionais[61]. É importante que as orientações sejam facilmente adaptáveis para cada indivíduo, capazes de incorporar toda a família e que possam promover mudanças sustentáveis no estilo de vida[62]. O trabalho colaborativo e multiprofissional, mesmo a distância ou por teleatendimento, realizado por médico, equipe de enfermagem, profissionais de educação física, nutricionista e psicólogo, favorece que as intervenções possam alcançar melhores resultados na perda de peso e englobar maiores benefícios à saúde[63,64].

Para indivíduos com sobrepeso e obesidade, a perda entre 5 a 10% do peso inicial e sua manutenção por um ano já pode ser considerado como sucesso terapêutico e contribui para a redução do risco de doenças cardiovasculares, bem como para a melhora dos níveis pressóricos e de glicemia[55,57.] Por fim, cabe lembrar que os ajustes na frequência e no intervalo dos atendimentos deverão ser realizados conforme avaliação clínica e condição das comorbidades presentes, bem como as orientações e condutas serem adaptadas segundo as necessidades individuais e de acordo com as condições presentes no atual contexto de pandemia do Sars CoV-2.

Além dos materiais sobre alimentação adequada e saudável, citados ao longo deste documento, a seguir constam publicações para auxiliar orientações e condutas às pessoas com sobrepeso e obesidade:

- Cadernos de Atenção Básica, n. 38[66] - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade, publicado pelo Ministério da Saúde, com orientações sobre o cuidado integral às pessoas com sobrepeso e obesidade5, disponível no endereço eletrônico: https://bit.ly/2XV0H2V.

- Diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - publicadas na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017[67], disponível no endereço eletrônico: https://bit.ly/2UC8UXK.

- Material para subsidiar profissionais, em especial da Atenção Primária à Saúde: Alimentação Cardioprotetora[68]: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica. Para conhecer este material, acesse: https://bit.ly/2Yp7u3Q.

PESSOAS COM CÂNCER

Pessoas em tratamento de câncer devem manter seus acompanhamentos (quimioterapia, radioterapia ou uma cirurgia) seguindo as orientações prestadas pelas equipes de saúde responsáveis. Consultas e exames eletivos (de imagem radiodiagnósticos, laboratoriais, endoscopia digestiva, colonoscopia e broncoscopia) poderão ser adiados e remarcados, caso haja risco para a pessoa, mas essa decisão deve ser dialogada entre os envolvidos, que avaliarão os riscos e benefícios. É importante restringir saídas, preferencialmente em dias que forem receber tratamento em um serviço de saúde, seguindo as orientações de higiene, etiqueta respiratória, uso de máscaras (cirúrgica ou artesanal)[44].

Cuidados da pessoa em dias de consulta ou tratamento durante a pandemia da Covid-19[44]:

- Ter somente um acompanhante, sem sintomas respiratórios e com idade menor que 60 anos, se possível.
- Manter a distância recomendada de outras pessoas (mínimo de 1m), inclusive da equipe de saúde, se possível;
- Observar se o profissional de saúde, responsável por realizar seu procedimento (com proximidade) está devidamente paramentado;
- Não ficar próximo de outras pessoas;
- Evitar circular pelo hospital;

- Não ficar no local de tratamento por mais tempo do que o necessário;
- Manter as recomendações de prevenção, como lavar as mãos com água e sabão ou, na sua ausência, usar álcool em gel; cobrir nariz e boca com lenço descartável ao tossir ou espirrar – se não for possível, deve usar o antebraço como barreira e não compartilhar objetos pessoais.

Aqueles que residem com pessoa em tratamento de câncer e que exercem a função de cuidadores devem seguir as orientações de prevenção do Ministério da Saúde em relação ao autocuidado (hábitos de higiene, uso de máscaras e seguir a etiqueta respiratória), bem como adotar as seguintes medidas[44]:

- Cuidar da higiene da casa (quando não for possível fazer limpeza completa todo dia, desinfetar as superfícies que são tocadas com maior frequência como mesas e bancadas, celulares, controle remoto, superfícies do banheiro e cozinha, maçanetas, interruptores etc.) e o chão próximo à entrada;
- Higienizar compras (comida, embalagens de produtos, medicamentos etc.) antes de serem guardadas;
- Retirar os sapatos antes de entrar em casa e, se possível, deixá-los do lado de fora;
- Trocar de roupa (colocar para lavar), higienizar bem as mãos (água e sabão ou álcool em gel), tomar banho (incluindo lavar os cabelos) antes de ter contato com a pessoa com câncer;
- Deixar bolsa, carteira, chaves etc. próximo à entrada e higienizá-las ao chegar em casa.

Caso o cuidador ou familiar que resida com a pessoa em tratamento oncológico se contamine com Covid-19, deve seguir recomendação das autoridades de saúde de manter isolamento até o desaparecimento dos sintomas ou orientação médica, , restrito a um cômodo da casa e, se possível, em outra residência[44].

Rastreamento precoce do câncer de mama e de colo do útero

No atual contexto da pandemia da Covid-19, recomenda-se que o rastreamento seja retomado de acordo aos indicadores locais a respeito da incidência de Covid-19 e da disponibilidade local de recursos (testes para confirmação da infecção, mortalidade pela doença, disponibilidade de leitos de terapia intensiva e letalidade) [44].

O acompanhamento de pessoas em tratamento deve ser realizado para monitorização dos sinais e sintomas e deve ocorrer, preferencialmente, por meio de plataformas virtuais. Na ocorrência de sinais e sintomas sugestivos de câncer de mama ou de colo do útero, deve-se realizar atendimento presencial para melhor avaliação clínica do caso[44].

Além disso, as atividades presenciais devem seguir as recomendações disponíveis na Nota Técnica de Rastreamento de câncer durante a pandemia de Covid-19 (disponível no link: https://bit.ly/2Z7ygiy), como:

1. De forma geral, as consultas devem ser agendadas previamente, seguindo as indicações de periodicidade e faixa etária;
2. Os usuários devem ser orientados a reagendar a consulta caso estejam com sinais e sintomas suspeitos de Covid-19;
3. Os usuários devem ser triados para sinais e sintomas relacionados à Covid19 antes de chegarem à sala de espera para o atendimento;
4. O distanciamento social deve ser estimulado, organizado e monitorado por profissionais da unidade de saúde treinados, para evitar aglomerações nas salas de espera e nas áreas de atendimento;
5. Deve haver limitação para entrada de acompanhantes na unidade de saúde;
6. O ambiente, as superfícies e os equipamentos deverão ser desinfetados e limpos regularmente;
7. Usuários e profissionais de saúde devem usar máscara facial e lavar frequentemente as mãos;
8. Profissionais de saúde devem utilizar equipamento de proteção individual (EPI) segundo orientação específica.
9. As unidades de saúde devem agendar consultas de seguimento, evitando idas desnecessárias das usuárias às unidades de saúde para fins de marcação de novas consultas.

PESSOA TABAGISTA

O tabagismo pode agravar ou aumentar o risco de complicações de mais de 50 doenças, como as cardiovasculares, as respiratórias e diversos tipos de cânceres. Além disso, fumantes podem ser mais vulneráveis à infecção pelo novo coronavírus, ter maior possibilidade de transmissão do vírus para a boca, devido ao constante contato com os dedos e lábios durante o ato de fumar. Ademais, ao serem infectados, os fumantes podem manifestar formas mais graves da doença.

O profissional pode realizar a abordagem breve/mínima “Perguntar, Avaliar, Aconselhar e Preparar” (PAAP), em que pergunta, avalia, aconselha e prepara o fumante para que este deixe de fumar. Essa abordagem pode ser realizada em até 3 minutos durante o contato com a pessoa tabagista e é uma oportunidade interessante para ressaltar os malefícios do fumo durante o período de pandemia[45]. Outra abordagem que pode ser utilizada é a básica “Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar” (PAAPA), mais indicada que a anterior, pois, além das etapas preconizadas na PAAP, existe o acompanhamento da pessoa durante o processo de cessação. Mesmo a distância, esse tipo de abordagem permite estimular a pessoa a cessar o tabagismo e realizar monitoramento dos períodos de abstinência, assim, é possível desenvolver estratégias que estimulem a cessação[45] (https://bit.ly/3caoGit).

Neste momento, é crucial informar a população em relação aos riscos que o tabagismo pode causar. No quadro a seguir, constam recomendações importantes para esclarecimento da população em relação ao tabagismo.

Quadro 09. Recomendações para profissionais na abordagem de fumantes durante Covid-19

INFORMAÇÕES E RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA PESSOAS QUE QUEREM PARAR DE FUMAR E PARA FUMANTES EM TRATAMENTO
• Informar o público sobre o aumento do risco de infecção por coronavírus (Covid–19) em fumantes em comparação com não fumantes; • Informar os fumantes que eles têm um risco maior, não apenas de contrair Covid-19, mas de ter um prognóstico ruim em caso de contração da doença; • Informar o público sobre o alto risco de infecção por coronavírus (Covid–19) ao usar narguilé; • Desencorajar fortemente o uso de narguilés (cachimbo de água), o uso de sistemas eletrônicos de distribuição de nicotina (cigarros ou cigarros eletrônicos) e produtos de tabaco aquecidos, pois eles podem atuar como fomentos para espalhar a infecção, além dos danos causados pelo uso; • Orientar todos os estabelecimentos públicos, tais como cafés, bares, restaurantes e outros sem exceções, sobre a sua responsabilidade de proibir o uso do narguilé. • Orientar o fumante sobre os problemas causados pelo uso do tabaco e para não compartilharem narguilé e outros dispositivos para fumar; • Enfatizar a importância de parar de fumar e promover, na medida do possível, o uso dos recursos disponíveis para ajudar e acompanhar os fumantes nesse objetivo, especialmente os métodos que não exigem que as pessoas frequentem os centros de saúde, como linhas de ajuda telefônica, aplicativos, consultas em vídeo, teleconsultas; • Enfatizar, a importância de manter todos os ambientes, públicos e privados, 100% livres da fumaça do tabaco.

Fonte: ALAT, 2020[46]. INCA, 2020[44].

Contato

cgctab@saude.gov.br
cgan@saude.gov.br

REFERÊNCIAS

1. WHO, World Health Organization. UN Inter-Agency Task Force on NCDs and COVID-19. Published 2020. Accessed June 12, 2020. https://www.who.int/teams/ncds/covid-19/unitaf

2. CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Guia Orientador para o enfrenta- mento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Published online 2020.

3. Barreto M da S, Mendonça R de D, Pimenta AM, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(3):795-804. doi:10.1590/1413-81232018233.12132016

4. Barreto M da S, Cremonese IZ, Janeiro V, Matsuda LM, Marcon SS. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):60-67. doi:10.1590/0034-7167.2015680109p

5. SBC Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7a DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. 2016;107(3):103.

6. Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, Barnes KA, Williams LT. Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117(12):1941-1962. doi:10.1016/j.jand.2017.06.364

7. Aquino JA, Baldoni NR, Flôr CR, et al. Effectiveness of individual strategies for the empowerment of patients with diabetes mellitus: A systematic review with meta-analysis. *Prim Care Diabetes*. 2018;12(2):97-110. doi:10.1016/j.pcd.2017.10.004

8. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Published online 2014.

9. Barra RP, De Moraes EN, Jardim AA, et al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. APS EM Rev. 2020;2(1):38-43. doi:10.14295/aps.v2i1.64

10. Engstrom E, Melo E, Giovanella L, Mendes A, Grabois V, Mendonça MHM. Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no sus no enfrentamento da covid-19. Published online 2020.

11. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.; 2017. Accessed June 12, 2020. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

12. BRAZIL, Ministério da Saúde, DAB D de AB. *Rastreamento: Cadernos de Atenção Primária*, n. 29. Vol II.; 2013.

13. SBD Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020. Published online 2019. Accessed April 1, 2020. https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf

14. WHO, World Health Organization, ed. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation*. World Health Organization; 2000.

15. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos da Atenção Básica, n. 37. Published online 2013.

16. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção a pessoas com doenças crônicas na APS diante da situação de pandemia de COVID-19. Published online 2020.

17. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Published online 2013.

18. CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Published online May 2020.

19. BRASIL Ministério da Saúde, SAPS Secretaria de Atenção Primária à Saúde. PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO DO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Published online March 2020.

20. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2020;29(0). doi:10.5123/S1679-49742020000200024

21. COFEN Conselho Federal de Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN No 634/2020. Cofen – Conselho Federal de Enfermagem. Published 2020. Accessed June 12, 2020. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html

22. COFFITO Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. RESOLUÇÃO No 516, DE 20 DE MARÇO DE 2020 – Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria. Published 2020. Accessed June 12, 2020. https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825

23. CFF Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa no 427, de 1o de março de 2013. Published 2020. Accessed June 12, 2020. https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_427_13.htm

24. CFM Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO N° 2.227, de 13 de dezembro de 2018. Published 2020. Accessed June 12, 2020. http://www.in.gov.br/materia

25. CFN Conselho Federal de Nutricionistas. RESOLUÇÃO CFN No 646, DE 18 DE MARÇO DE 2020. Published online 2020.

26. CFP Conselho Federal de Psicologia. RESOLUÇÃO CFP N° 011/ 2012. Published online 2020.

27. ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/ GGTES/ANVISA No 04/2020: ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE: MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE QUE DEVEM SER ADOTADAS DURANTE A ASSISTÊNCIA AOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2). Published online 2020.

28. CFF Conselho Federal de Fonoaudiologia. Corona Vírus: Atuação do farmacêutico frente à pandemia da doença causada pelo coronavírus. Published online 2020.

29. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Informativa No 1/2020-SCTIE/ GAB/SCTIE/MS. http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-para-reorganizac%CC%A7a%CC%83o-dos-processos-de-trabalho-nas-farma%CC%81cias-e-para-a-dispensac%CC%A7a%CC%83o-de-medicamentos.pdf-1.pdf

30. SBD Sociedade Brasileira de Diabetes. Posicionamento Oficial SBD no 01/2019: CONDUTA TERAPÊUTICA NO DIABETES TIPO 2: ALGORITMO SBD 2019. Published online 2019. https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/sbd_dm2_2019_2.pdf

31. INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ARMAZEM DA SAÚDE. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Published 2019. Accessed May 20, 2020. https://www.inca.gov.br/search/conteudo/ARMAZEM%20DA%20SA%C3%9ADE

32. BRASIL, Ministério da Saúde, SAPS S de AP à S. Orientações sobre a prática de atividade física durante o período de quarentena. Published online 2020. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Orientacoes_sobre_pratic_atividade_fisica_COVID-19.pdf

33. Liang H, Luo S, Chen X, Lu Y, Liu Z, Wei L. Effects of Tai Chi exercise on cardiovascular disease risk factors and quality of life in adults with essential hypertension: A meta-analysis. *Heart Lung.* Published online March 2020:S0147956320300558. doi:10.1016/j.hrtlng.2020.02.041

34. Zhong D, Li J, Yang H, et al. Tai Chi for Essential Hypertension: a Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Curr Hypertens Rep*. 2020;22(3):25. doi:10.1007/s11906-020-1031-y

35. Thind H, Lantini R, Balletto BL, et al. The effects of yoga among adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2017;105:116-126. doi:10.1016/j.ypmed.2017.08.017

36. Read JR, Sharpe L, Modini M, Dear BF. Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;221:36-46. doi:10.1016/j.jad.2017.06.009

37. Liu M-Y, Li N, Li WA, Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurol Res*. 2017;39(6):573-580. doi:10.1080/01616412.2017.1317904

38. Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *J Affect Disord*. 2012;142:S8-S21. doi:10.1016/S0165-0327(12)70004-6

39. Roopan S, Larsen ER. Use of antidepressants in patients with depression and comorbid diabetes mellitus: a systematic review. *Acta Neuropsychiatr*. 2017;29(3):127-139. doi:10.1017/neu.2016.54

40. Buchberger B, Huppertz H, Krabbe L, Lux B, Mattivi JT, Siafarikas A. Symptoms of depression and anxiety in youth with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;70:70-84. doi:10.1016/j.psyneuen.2016.04.019

41. Yu M, Zhang X, Lu F, Fang L. Depression and Risk for Diabetes: A Meta-Analysis. *Can J Diabetes*. 2015;39(4):266-272. doi:10.1016/j.jcjd.2014.11.006

42. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan: A meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008;31(12):2383-2390. doi:10.2337/dc08-0985

43. FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações Gerais. Published online 2020. https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-gerais.pdf

44. INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Notícias. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Published 2020. Accessed May 20, 2020. https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/cancer-e-coronavirus-covid-19#:~:text=O%20que%20o%20paciente%20com,com%20a%20equipe%20de%20sa%C3%BAde

45. CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo, n 520. Published online 2020.

46. ALAT Asociación Latinoamericana de Tórax, La Unión UI contra la T y ER, SEPAR SE de N y CT. FUMAR EM MOMENTOS DO COVID-19. Published online 2020.

47. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2019 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Published online 2020.

48. Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado ÍE, et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(suppl 1):217-232. doi:10.1590/1980-5497201700050018

49. Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, et al. High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus‐2 (SARS‐CoV‐2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation. *Obesity*. Published online June 10, 2020:oby.22831. doi:10.1002/oby.22831

50. ECDC European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – eighth update. European Centre for Disease Prevention and Control. Published April 8, 2020. Accessed June 12, 2020. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-eighth-update

51. Petrilli CM, Jones SA, Yang J, et al. *Factors Associated with Hospitalization and Critical Illness among 4,103 Patients with COVID-19 Disease in New York City*. Intensive Care and Critical Care Medicine; 2020. doi:10.1101/2020.04.08.20057794

52. CDC Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Centers for Disease Control and Prevention. Published February 11, 2020. Accessed March 25, 2020. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/specific-groups/people-at-higher-risk.html

53. NHS National Health Service. People at higher risk from coronavirus (COVID-19). nhs.uk. Published June 2, 2020. Accessed June 12, 2020. https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/people-at-higher-risk/

54. England Public Health England. [Withdrawn] Guidance on social distancing for everyone in the UK. GOV.UK. Published 2020. Accessed June 12, 2020. https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-guidance-on-social-distancing-and-for-vulnerable-people/guidance-on-social-distancing-for-everyone-in-the-uk-and-protecting-older-people-and-vulnerable-adults

55. ACC American College of Cardiology, AHA American Heart Association. Expert panel report: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults: Guidelines (2013) for Managing Overweight and Obesity. *Obesity*. 2014;22(S2):S41-S410. doi:10.1002/oby.20660

56. Wing RR, Lang W, Wadden TA, et al. Benefits of Modest Weight Loss in Improving Cardiovascular Risk Factors in Overweight and Obese Individuals With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34(7):1481-1486. doi:10.2337/dc10-2415

57. Wadden TA, Volger S, Sarwer DB, et al. A Two-Year Randomized Trial of Obesity Treatment in Primary Care Practice. *N Engl J Med*. 2011;365(21):1969-1979. doi:10.1056/NEJMoa1109220

58. Varkevisser RDM, van Stralen MM, Kroeze W, Ket JCF, Steenhuis IHM. Determinants of weight loss maintenance: a systematic review: Determinants of weight loss maintenance. *Obes Rev*. 2019;20(2):171-211. doi:10.1111/obr.12772

59. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia alimentar para a população brasileira. Published online 2014.

60. Fitzpatrick SL, Wischenka D, Appelhans BM, et al. An Evidence-based Guide for Obesity Treatment in Primary Care. *Am J Med*. 2016;129(1):115.e1-115.e7. doi:10.1016/j.amjmed.2015.07.015

61. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(3):e00093419. doi:10.1590/0102-311x00093419

62. Kennedy BM, Kennedy KB, Sarpong DF, Katzmarzyk PT. Perceptions of Obesity Treatment Options Among Healthcare Providers and Low-Income Primary Care Patients. *Ochsner J.* 2016;16(2):158-165.

63. Menezes MC de, Duarte CK, Costa DV de P, et al. A systematic review of effects, potentialities, and limitations of nutritional interventions aimed at managing obesity in primary and secondary health care. *Nutrition.* 2020;75-76:110784. doi:10.1016/j.nut.2020.110784

64. Ferrari GD, Azevedo M, Medeiros L, et al. A multidisciplinary weight-loss program: the importance of psychological group therapy. *Mot Rev Educ Física*. 2017;23(1):47-52. doi:10.1590/s1980-6574201700010007

65. BRASIL, Ministério da Saúde. Recomendações de alimentação e COVID-19. Published online 2020. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Recomendacoes_de_Alimentacao_COVID-19.pdf

66. BRASIL, Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Cadernos de Atenção Básica n. 38.; 2014.

67. BRASIL, Ministério da Saúde. *PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO nº 3 de 28 de Setembro de 2017*.; 2017. Accessed June 12, 2020. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html

68. BRASIL, Ministério da Saúde, Hospital do Coração. Alimentação Cardioprotetora: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica / Ministério da Saúde, Hospital do Coração. Published online 2018. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora_orien_pro_saude_ab.pdf

69. SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Saúde da pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica: Guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde. São Paulo: Ministério da Saúde, 2020.

70. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia. Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos [Internet]. no prelo. 2020 [cited 2020 Oct 7]. p. 353. Available from:http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/Relatorio_PCDT_Sobrepeso_Obesidade_em_Adultos_CP_25_2020.pdf

71. SBC Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7a DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. 2016;107(3):103.

72. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia. Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos [Internet]. no prelo. 2020 [cited 2020 Oct 7]. p. 353. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/Relatorio_PCDT_Sobrepeso_Obesidade_em_Adultos_CP_25_2020.pdf)